FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

Apresentada á Faculdade de Medicina da Bahia em 31 de Outubro de 1910

PARA SER DEFENDIDA POR

Manoel Sotero Vaz da Silveira

NATURAL DO ESTADO DO PIAUHY

Ex-interno de Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas
Ex-interno do Gabinete Röntgen—Electrotherapico ALFREDO BRITTO
Ex-auxiliar da 1.ª Cadeira de Clinica Cirurgica

Filho legitimo do Tenente-Coronel João Climaco da Silveira e D. Elisa Vaz da Silveira

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Prophylaxia da Appendicite

PROPOSIÇÕES

Três sobre cada uma das Cadeiras do Curso de Sciencias Medicas e Cirurgicas

BAHIA
OFFICINAS DOS DOIS MUNDOS
35—Rua Conselheiro Saraiva—35

1910

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

O medico exerce no meio em que actúa uma influencia tamanha, tão radicada e tão legitima, que é hoje o que sempre foi e ha de ser sempre o que é: um amigo dos que soffrem, a summa da grandeza moral na terra.

Tudo o que o sentimento encerra de mais divino, o que o segredo acautela com maior recato, o que a esperança bafeja com maior carinho, as magoas e as feridas, as illusões e a descrença, o tedio, a dor, a saudade, são estados d'alma familiares ao medico, que jurou ter olhos para não ver e ouvidos para não ouvir.

Aprendemos na longa historia dos gemidos a adivinhar o infortunio recalcado no coração tremulante e a confissão escondida pelas crises da apnéa; conhecemos a humanidade de perto, no que ella tem de mais sincero, no que possue de mais velado; somos seu companheiro na adversidade e quasi nunca partilhamos o goso das suas alegrias. Não solicitamos, para nós, o exercicio profissional garantido pela lei escripta, porque temol-o assegurado pelo reconhecimento dos corações, sublimado na lembrança affectuosa que a piedade materna nos consagra quando beija os cabellos da creatura, poupada pelo desvelo nosso á podridão dos tumulos.

Dr. Nuno de Andrade.

DISSERTAÇÃO

CONSIDERAÇÕES

ANTES de qualquer dissertação, apraz-nos fazer, embora resumidamente, algumas considerações que dizem respeito a dois pontos reputados de importancia capital.

O primeiro é representado por uma questão pertencente á historia da appendicite. O segundo é a noticia de uma das mais bellas conquistas da radiologia moderna que já alcançou, por meio de processos rapidos, a obtenção de radiographias do appendice cæcal.

Quem pela vez primeira estabeleceu a physionomia anatomo-clinica do que hoje conhecemos sob a rubrica de appendicite, foi o sabio MÊLIER.

A sua excellente memoria, que data de 1827, marca o inicio da historia da molestia alludida. Entretanto o nome delle é quasi completamente esquecido por aquelles que se têm occupado do assumpto.

É verdade que os cirurgiões americanos muito conseguiram, porém jamais a primasia.

As duas primeiras memorias americanas appareceram em 1886

e 1888 e são as de REGINALDO FILTZ (de Boston). Foi na America do Norte que o bisturi entrou em scena no tratamento da appendicite e as primeiras intervenções realizaram-se em 1886. A um americano, MAC BURNEY, pertence a creação do termo *appendicite*, cujo apparecimento teve lugar em 1889.

Bem se vê, grandes foram as victorias americanas, porém ellas não offuscam a evidencia de que a paternidade dos conhecimentos anatomo-pathologicos e clinicos da appendicite, cabe ao sabio francez, o estudioso MÊLIER.

Não consentir que o nome, as investigações e os meritos dos scientistas esforçados, dos sabios que trabalharam, fiquem sepultados no ingrato esquecimento é a homenagem que lhes podemos e devemos tributar, e esta queremos para o grande MÊLIER. É um preito de justiça.

Passaremos ao segundo ponto. Vamos dar noticia da radiographia do appendice vermicular.

O DR. PAUL AUBOURG, chefe do Laboratorio de Raios X no Hospital Boucicaut, em Maio do corrente anno, publicou em *La Presse Médicale* um valioso artigo assignalando a radiographia do appendice cæcal por meio de processos rapidos.

A referida publicação está illustrada com dois clichés do serviço do DR. BÉCLÈRE. Um delles é reproduzido em a nossa these (*Fig. n. 1*) e «foi tirado em um rapaz de 16 annos. Nota-se o cæcum cheio de bismuto e continuado pelo colon ascendente. Porém este cæcum está ptosado: elle abandonou a fossa iliaca para vir á altura do estreito superior. Do seu lado esquerdo e abaixo de ũa massa bismutada que representa a terminação do ileo, destaca-se um cordão delgado que é o appendice bismutado. Neste caso, existe prolapso do cæcum e no plano do estreito superior *o appendice é pelvico e quasi mediano.*

Finalmente, vê-se que a sombra do cæcum se continúa directamente com a sombra do colon ascendente».

Estes clichés foram obtidos na 18.ª hora depois da ingestão de leite contendo carbonato de bismuto.

Aconselha-se porém, por causa das differenças individuaes, sejam praticados exames radioscopicos successivos de duas em duas horas e os radiographicos quando o cæcum completamente cheio comece evacuar o conteúdo bismutado no colon ascendente.

Technica — As radiographias podem ser realisadas estando o paciente deitado sobre o ventre ou na posição vertical e sendo a placa collocada contra a parede abdominal anterior. A segunda é preferivel porque nesta posição a compressão produz menor deslocamento dos orgãos. Tubos GUNDELACH, 7 milliampères, a 70 centimetros, 9 segundos, placas GRIESHABER.

Na Bahia já foram feitas algumas experiencias, apesar de não existir o tubo para a radiographia rapida. O professor de Clinica Propedeutica, DR. JOÃO FRÓES, fez diversas tentativas. Infelizmente foram negativos os resultados, pois não existem ainda aqui os elementos exigidos pela technica. Com muito interesse acompanhamos todas as experiencias do Professor FRÓES e nos sujeitamos mesmo a tomar bismuto afim de ser feito exame radiographico.

O DR. MANOEL VIEIRA LIMA, distincto assistente de Clinica Propedeutica, tambem muito se esforçou. Os exames foram feitos no Laboratorio Radiologico de Clinica Propedeutica da Faculdade de Medicina da Bahia. Eis a observação concernente ao exame a que nos submettemos: F..., natural do Piauhy, 24 annos de idade, bom apparelho digestivo, não tem perturbações intestinaes, etc.

O exame fez-se no dia 1.° de Agosto do corrente anno. Ás 6 horas da manhã ingerimos 20 grammas de carbonato de bismuto em um copo de coalhada.

O exame radioscopico realizou-se ás 11 horas da manhã, sob a direcção do Professor FRÓES.

Foi encontrado o bismuto no cæcum, como se vê na *Fig. n. 3* que nos foi obsequiosamente traçada pelo alludido Professor.

O exame radiographico obedeceu ás condições seguintes: 30 centimetros de distancia do anticatodo á placa photographica, 2 ampères, 5 milliampères, tubo pequeno modelo de CHABAUD, osmo-regulador VILLARD, faisca equivalente a 12 centimetros, placa LUMIÈRE 40×50, 12 minutos, ponto de incidencia do raio normal — fossa iliaca direita, posição — deitado sobre o ventre.

Na *Fig. n. 2* nota-se o cæcum cheio de bismuto, porém não se vê o appendice vermicular. Durante os exames radioscopico e radiographico, procuramos o mais possivel evitar os movimentos que podiam perturbar o exame. A respiração era a mais superficial possivel. A radiographia rapida, podendo ser effectuada em alguns segundos, tem a vantagem de não ser embaraçada pelos movimentos respiratorios que tanto difficultam as demoradas.

O resultado que obtivemos foi negativo; comtudo, como attestado das tentativas realizadas na Bahia, publicamos em nossa these os clichés que conseguimos obter em os exames radiographico (*Fig. n. 2*) e radioscopico (*Fig. n. 3*).

O Professor FRÓES espera fazer brevemente radiographias do appendice cæcal, pois já foi pedido para o serviço de Clinica Propedeutica o material exigido para a realização de radiographias rapidas.

Destas considerações esperamos tirar algum proveito quando estudarmos a etiologia e a pathogenia da appendicite.

Fig. n. 1 — Radiographia do appendice ileo-cæcal. (Dr. BÉCLÈRE.)

Fig. n. 2 — Deixa de ser estampada porque a sua photogravura não deu resultado satisfatorio. O respectivo cliché será apresentado á Commissão Examinadora na occasião da defesa de these.

Exame radioscopico

1 Costellas.—2 Umbigo—3 Crista iliaca direita—4 Crista iliaca esquerda—5 Cæcum—6 Ileo —7 Pubis.

Etiologia e pathogenia da appendicite

Extremamente complexas e numerosas são as causas da appendicite e muito controversas as doutrinas relativas ao seu modo de agir. As explicações têm sido as mais variadas.

Em quasi todos os centros medicos em que se fazem referencias á *grande molestia abdominal*, apparece como questão primordial, tornando-se para logo merecedora de serias e minudentes considerações, a parte que se prende ao processo etio-pathogenico. É um problema em ordem do dia e que continúa ainda a despertar a attenção dos especialistas na materia.

Dest'arte, bem se vê que estamos em face de um assumpto não de facil dissertação.

Procuraremos entretanto nos basear em interpretações que nos pareçam seguras e sinceramente orientadas.

Discerniremos pela ordem.

ETIOLOGIA

Em tres grupos podem ser classificados os factores etiologicos da appendicite: causas determinantes, causas predisponentes e causas occasionaes.

Causas determinantes. — Um illustrado professor da Universidade de Montpellier, o Dr. E. Forgue, manifesta-se: *L'appendicite a pour cause première l'infection de la cavité et de parois de l'organe.* Não despresando a concepção do sabio francez, julgamos necessario um conceito mais vasto.

A renitencia estercoral é um elemento etiologico muito invocado na producção da appendicite. W. J. Tyson a reconhece como causa muito responsavel, affirmando que já foi victima de dois ataques de appendicite, não obedientes a movel outro que a falta de defecação durante alguns dias.

O mesmo scientista inglez diz que principalmente o segundo ataque, para elle o mais revelador, não lhe deixou a menor duvida sobre outra explicação.

Tyson baseia ainda a sua convicção no facto de ser observado em individuos *privados* o grande numero dos casos de appendicite.

Ora, a renitencia estercoral dando lugar á irritação do cæcum proveniente da estagnação do conteúdo intestinal neste reservatorio, facilita ahi a acção microbiana, e sendo o appendice cæcal o ponto predilecto em virtude da sua constituição histologica, é tambem aquelle que mais soffre. Neste particular, um notavel professor assim se exprime: *la comparaison de l'appendice avec l'amydale reste, comme dit Roux, ce qui a été dit de plus sensé au point de vue pathologique.* (Forgue).

Em tratando de appendicite, Gaston Lyon julga de muito valor nos antecedentes pessoaes, a existencia da renitencia estercoral, porque tem notado ser esta perturbação intestinal commum nos appendiciticos.

Em sessão da Société de Médecine Interne (Paris) realizada a 18 de Maio de 1908, o Dr. J. Boas declarou que a renitencia estercoral era a causa principal da appendicite e os appendiciticos eram *privados* na proporção de 60 %.

A insufficiencia da valvula de Gerlach é tambem culpada,

porque, no canal appendicular, permitte a penetração de corpos estranhos, como sejam: sementes de uvas e outras de pequena dimensão, esmalte de cassarolas, cabellos de escovas de dentes, etc.

Que os corpos estranhos são susceptiveis de penetrar no canal appendicular é uma verdade, e o exame radiographico bem o demonstra.

Os corpos estranhos podem ser ás vezes autochtonos, constituidos por materias fecaes: coprolitos ou concreções estercoraes.

A appendicite verminosa é grandemente influenciada pela insufficiencia da valvula de GERLACH. Aguns zooparasitas penetram no canal appendicular, onde já têm sido encontrados *trichocephalus dispar* e *oxyuris vermicularis*.

BRUMPT cita o caso de haver observado em um rapaz que se submetteu a uma appendicectomia, a existencia de um cordão de sangue coagulado e no mesmo seguramente cincoenta oxyuros.

MENETRIER refere-se a duas operações em casos de appendicite verminosa. Em uma encontrou-se o trichocephalo, e na outra oxyuros.

Por ser frequente nas fezes dos appendiciticos a presença de ovos de trichocephalos, METCHNIKOFF pensa que este verme é um dos poderosos factores determinantes da appendicite.

A mastigação insufficiente, os excessos de alimentação e os alimentos indigestos ou alterados são de notavel influencia na génese da appendicite.

Na mulher, em casos de infecção dos orgãos annexos ao utero, de accordo com a variedade ou situação anatomica do appendice vermicular do cæcum, muitas vezes origina-se uma appendicite por visinhança, e não é rara ao lado da salpingite á direita.

É facto de observação a coexistencia da appendicite com as epidemias de grippe, e neste sentido fale OBREDANNE: *Peut-être les manifestations gastro-intestinales de la grippe jouent-elles à ce point un certain rôle.*

Diz mais que appendicite, em não pequeno numero de vezes, é o producto da localisação de uma infecção geral do organismo no appendice cæcal, sendo o sangue o vehinculador.

Deste modo explicam-se tambem as appendicites estaphylococicas que surgem no curso de uma furunculose, as apresentadas na convalescença de certas molestias infecciosas, como febre typhica, diphteria, pneumonia, febres eruptivas, que não raramente são complicadas por accidentes appendiculares.

Em a sua monumental Clinica Medica, DIEULAFOY chama a attenção para a anticomycose appendicular, destacando os trabalhos de PONCET e BERARD.

HINGLAIS pensa que somente se dá a anticomycose appendicular quando ha ingestão de cereaes estragados. GANGOLPHE tambem faz referencias a anticomycose appendiculo-cæcal, mas de um modo ligeiro.

Em vista de não existirem ainda dados bem positivos e observações completas, suppomos presentemente não ser acertada a affirmação effectiva de appendicite anticomycosica. Devemos collocar-nos na expectativa.

Concluindo esta pallida synthese referente ás causas determinantes da appendicite, fazemos nossas as palavras de GASTON LYON: *Quelles que soit les causes determinantes, toutes agissent par le mecanisme de l'infection.*

Causas predisponentes. — Quem soffreu pelo menos um ataque de appendicite e foi tratado exclusivamente pelos meios chamados medicos, está relativamente mais sujeito á appendicite que qualquer outro, e as reincidencias do mal constituem as denominadas *appendicites de repetição.*

Questão de magna importancia é a que se liga aos antecedentes hereditarios. Quasi todos os auctores estão accordes neste ponto.

A hereditariedade representa factor principal nas *appendicites familiares.*

Em familias portadoras da diathese gotosa são registados numerosos casos de appendicites.

No seu interessante trabalho «*L'Appendicite. Sa Pathogenie*», o DR. L. VIBERT escreve: *Faisans a observê dans une même famille plusieurs cas d'appendicite qu'il explique comme Dieulafoy, en admettant qu'il s'agit d'une lithiase appendiculaire transmissible hêrêditairement au titre que les lithiases hepathique et renal. Tallamon et Haussmann ont observê quatre cas d'appendicite familiale occasionnés, croit-ils, par le deplacement d'une scybale dans l'appendice.*

RENDU conhece tambem cinco familias cujos membros têm sido atacados de appendicite e alguns são arthriticos.

Hoje sabe-se que existem as *appendicites calculosas.*

As lithiases intestinal e appendicular especialmente, exercem papel saliente na producção das appendicites calculosas.

Muitos, dentre os quaes TYSON e VIBERT, suppõem que a appendicite, em maior numero nos inglezes e nos americanos, é favorecida pelas refeições copiosas e uso de alimentos hyperazotados.

Influem, de um modo relativo, na producção da appendicite todas as causas que venham perturbar a digestão.

É commum apparecer a appendicite durante a gravidez. CHAMBRELENT e CATHALA dizem: *La femme enceinte est particulièrement prédisposée à l'appendicite par suite de la fréquence chez elle de la constipation.*

Os mesmos scientistas affirmam ainda: *On observe fréquentement chez la femme enceinte une constipation opiniâtre. Elle est gênéralement au maximum à la fin de la grossesse, et on doit logiquement l'attribuer pour une bonne part à la compression exercée sur le rectum par la partie fœtale engagée.*

OBRÉDANNE exprime-se da maneira seguinte: *Enfin il est certain que la grossesse semble facilement provoquer une crise de l'appendicite chez femme ayant présenté une atteinte antérieure,*

si ligère qu'elle ait été. Peut-être ceci peut-il s'expliquer par le fait qu'au moment des premières règles déficientes il se produit dans toute excavation pelvienne une sorte de congestion supplementaire, capable de reveiller l'activité d'une lesion ancienne de l'appendice.

Um estudioso medico americano, o Dr. Coe fala: *La fréquence de l'appendicite chez les femmes enceintes s'explique par la constipation qui leur est habituelle et par l'auto-intoxication qui est la consequence.*

Dieulafoy liga a appendicite gravidica á cavidade fechada — o que elle explica pela lithiase.

Declaramos-nos de accordo com as doutrinas explanadas, pensando, todavia, que cada uma dellas explicará um certo numero de casos, conforme circumstancias especiaes.

A mobilidade do cæcum, as malformações congenitas e quasi todas as molestias intestinaes têm sido apontadas como responsaveis pela appendicite.

O Professor Fróes pensa em uma talvez miopragia appendicular transmittida pela herança. Devemos confessar que esta hypothese é acceita por nós. Faremos agora ligeiras referencias a influencia da idade e das raças.

Nota-se que a idade em que é mais frequente a appendicite é principalmente a que corresponde dos dez aos vinte annos. É verdade que se tem registado casos de appendicite infantil, mas em não grande numero. É molestia excepcional depois dos quarenta annos.

O sexo masculino é o mais atacado.

A predominancia da appendicite na adolescencia e no sexo masculino deve ser attribuida ás imprudencias alimentares, ás refeições em horas improprias, aos resfriamentos, ás facilidades ou extravagancias da mocidade, especialmente da vida de rapaz.

Quanto ás raças, suppomos nada haver de definitivo, pois faltam elementos que confirmem immunidade exacta desta ou daquella. Muitos affirmam que a raça negra é raramente atacada.

Esta questão de raça precisa ainda muita observação para que se possa tirar uma conclusão verdadeira.

Causas occasionaes. — Muitas passam despercebidas, porém algumas têm sido observadas. A indigestão é a mais conhecida. O resfriamento concorre poderosamente para a manifestação da appendicite. As experiencias de ROSSBACH são de valiosa contribuição para o assumpto. ROSSBACH, encontrando ũa mulher cuja parede abdominal era muito delgada, a ponto de com a simples exposição ao frio serem vistos movimentos peristalticos do intestino, notou que os referidos movimentos eram augmentados proporcionalmente á acção do frio, e concluiu que isto pode facilitar a penetração de calculos estercoraes no canal appendicular, donde ser condemnado o abuso dos gelados e o habito que muitos possuem de ingerir pedaços de gêlo. Ha quem lembre tambem a contribuição dos phenomenos congestivos durante as phases menstruaes.

Que os traumatismos possuem influencia consideravel para que se manifeste a appendicite, é opinião defendida por alguns.

Outros suppõem que o traumatismo só exerce acção quando existe já a molestia chronica ou latente, podendo somente fazer com que ella encontre occasião propicia para surgir com todo o seu cortejo clinico. Desta maneira o trauma solicita a manifestação do mal, ou melhor, tem exclusivamente função provocadora.

Em sessão da SOCIETÉ DE CHIRURGIE, (em 27 de Março de 1907), a proposito da appendicite traumatica, o DR. SIEUR manifestou-se : *Pour que la contusion abdominale pût provoquer une crise appendiculaire, il faudrait que l'appendice fût plus accessible à son action. Or, l'appendice lui échappe la plupart du temps en raison de son petit volume, de sa mobilité et de sa situation en arrière des anses grêles et en avant du psoas iliaque, qui le sépare du plan osseux sous-jacente.*

Os esforços violentos, saltos, marchas forçadas contribuem para que seja dispertada uma appendicite antiga ou latente.

PATHOGENIA

Immenso é o numero de theorias apparecidas para explicar a pathogenia da appendicite.

Faremos breves considerações a respeito das principaes.

Uma das mais engenhosas, indubitavelmente é a da *cavidade fechada*, creada pelo illustrado DR. GEORGES DIEULAFOY. O sabio professor da FACULDADE DE MEDICINA DE PARIS resume: *L'appendicite ou, si l'on préfère, les accidentes appendiculaires, resultent de la transformation d'une partie du canal appendiculaire en une cavité close dans laquelle s'élabore un foyer d'infection et d'intoxication dû à l'exaltation virulente des microbes emprisonnés.* Considera DIEULAFOY que a cavidade fechada é produzida por calculos (neste particular refere-se aos bellos trabalhos de ROCHAZ, VOLTZ, BULTER e PELET), pela *appendicite catarral* dos cirurgiões americanos, por encurvamento, torsão, estrangulamento, e por um processo chronico abinicial ou consequente de crises appendiculares agudas, dando origem a um estreitamento fibroso e obliteração do canal appendicular, estenose esta semelhante aos estreitamentos uretraes.

L'appendicite est toujours le resultat de la transformation du canal appendiculaire en cavité close—diz DIEULAFOY.

Esta theoria baseia-se tambem nos estudos experimentaes de KLECKI, ROGER e JOSUÉ.

Apesar de suppor que muitos casos de appendicite encontram a sua pathogenia na cavidade fechada, casos mostram-se com explicações em contrario.

Pensamos condemnavel o exclusivismo extremo de DIEULAFOY. Haja em vista a serie de observações que se seguem.

Em se fazendo necropsias, tem sido notado o canal appendicular em completa cavidade fechada sem que o paciente accusasse a minima crise da molestia, demonstrando o exame microscopico

integridade do orgão. BROCA, realizando operações de ordem diversa, observou tres pessôas portadoras da cavidade fechada sem existencia do menor vestigio de appendicite. MONOD e VANVERDS trazem á luz o facto de, em plena phase aguda, não haver cavidade fechada. BRUN, JALAGUIER, WALTHER, RECLUS e CHAPIONNIÈRE retiraram appendices em crise franca de suppuração peritoneal, estando o canal vermicular perfeitamente permeavel.

Tambem teve já a sua epoca a *theoria mecanica* de TALAMON, baseada na penetração de materias fecaes endurecidas, que tomando a forma pilular, se encravavam na parte superior do canal. Esta penetração intempestiva dava como consequencia, a compressão dos pequenos vasos do orgão e embaraçava a circulação delle. Dest'arte diminuia a vitalidade da mucosa subjacente, havendo ulceração, perfuração do appendice e peritonite.

Não acreditamos que semelhante doutrina, simplesmente mecanica, por si só seja capaz de explicar a appendicite, que é ũa toxi-infecção.

Em um recente trabalho scientifico, o DR. OBRÉDANNE fala na *theoria da infecção com localisação appendicular*, que será por via sanguinea (appendicite estaphylococica surgida no curso de uma furunculose) e por continuidade (appendicite resultante de uma entero-colite infecciosa).

O DR. VIBERT, em o seu precioso resumo «L' Appendicite», faz bonitas considerações referentes ás theorias de RECLUS (*theoria da estagnação*), de LAVERAN, de JALAGUIER, de POZZI, de PONCET e de LUCAS CHAPIONNIÈRE; mas sobre ellas não dissertaremos, porque não são mais do que modos differentes de interpretar as theorias principaes, a respeito das quaes ficaram claramente frisadas as nossas idéas.

Prophylaxia da appendicite

Evitar a molestia é extraordinariamente superior a qualquer meio curativo, por mais seguro que se imagine.

Poucas devem ser as entidades morbidas cujos vestigios de sua passagem são insignificantes; rarissimas as que não exigem, mesmo após a cura, consideravel tributo do nosso organismo. Quasi todas deixam estragos que frequentemente têm não pequena duração.

Semelhantes factos bem justificam a nossa preferencia pelos processos prophylaticos, quando possiveis.

Não é facil prevêr-se o prognostico de uma appendicite, porque, em a sua evolução clinica, apresentam-se, em grande numero de casos, verdadeiras surprezas. Não precisa demora para que inesperadamente seja transformado por completo o quadro pathologico.

No começo da molestia, pode ella manifestar-se apparentemente benigna, e, de momento, serem agravados os symptomas, trazendo, como consequencia tristissima e inevitavel—a morte.

As mais vivas esperanças estão se annunciando, quando, muitas vezes, vem o desfecho fatal!

Diante de tão terrivel mal, o amor que todos nós temos á vida

nos ordena o emprego de sérias medidas preventivas contra a *grande molestia abdominal*, e isto constitue realmente o que chamamos prophylaxia da appendicite.

Entre as causas determinantes da appendicite figura, com especial saliencia, a renitencia estercoral, quer em a sua modalidade espasmodica, quer em a sua modalidade por atonia.

O tratamento da renitencia espasmodica é feito especialmente com os recursos que nos fornece a physiotherapia. São utilisados —a electricidade, a hydrologia, a massagem, o regime alimentar; todos tendo por objecto modificar a excitação da mucosa intestinal.

A renitencia por atonia é tratada pelos mesmos agentes, porém buscando nelles effeitos oppostos, isto é, mirando-se obter a excitação.

Os *privados* devem ir ao *apparelho* todas as manhãs, em horas mais ou menos prefixadas, sintam ou não vontade de defecar. Esta recommendação é feita por Tyson, Palasne de Champeaux, W. Gebhardt e outros auctores de nota.

O paciente demorar-se-á no *apparelho*, contrahindo os musculos abdominaes, visando dest'arte provocar movimentos intestinaes.

Tyson affirma que os *apparelhos* actuaes não correspondem ás exigencias naturaes. Aconselha o methodo antigo, por ser muito racional, o qual consiste em o individuo ficar em posição tal, de maneira que os calcanhares estejam em contacto com as nadegas, a face anterior das côxas em contacto com a face anterior do tronco. O methodo antigo obtura os canaes crural e inguinal, facilita a contração dos musculos abdominaes, de tão benéfica influencia para a defecação.

O methodo actual é commodo porque o individuo permanece assentado, como que em uma cadeira; mas o antigo approxima-se mais da natureza e portanto é preferivel.

Froussard é tambem da mesma opinião; denominando methodo turco (o antigo, de Tyson) e methodo inglez (o actual).

Quando forem contra-indicados os meios physiotherapicos (v. g: electricidade e massagem, na occorrencia da inflammação do intestino, gravidez, appendicite, etc.) somos obrigados a recorrer a therapeutica medicamentosa. Assim é que devemos procurar purgativos brandos, não irritantes.

É commum a renitencia estercoral gravidica. Neste caso as senhoras devem trazer desembaraçado o apparelho digestivo e ter muito cuidado para que estejam sempre regularisadas as suas funcções.

Como purgativo, tem dado bom resultado a cascarina.

A mulher, em geral, encontra no meio social maiores difficuldades para a realização de certos actos physiologicos, pelos seus sentimentos de pundonor; assim, é constantemente obrigada a se reter. O contacto repetido do bolo fecal com as paredes da ampoula rectal produz-lhe um consideravel embotamento da sensibilidade do rectum, e desta maneira explica-se a maior frequencia da renitencia estercoral no sexo feminino.

Logo que se manifeste desejo de defecar, deve o paciente empregar todos os recursos afim de se desembaraçar o mais cêdo possivel. Neste particular estamos de accordo com as bellas considerações de FROUSSARD.

As verminoses podem dar origem á appendicite, e sempre que fôr observada a existencia de vermes, principalmente—trichocephalos, oxyuros—deve o paciente ser submettido a tratamento medico apropriado.

São dignas de attenção algumas causas que difficultam a digestão. Referimo-nos especialmente aos excessos de alimentação, libações abusivas, uso de alimentos indigestos ou decompostos, insufficiencia de mastigação e falta do asseio buccal.

A alimentação excessiva e as libações, afóra peiores accidentes, produzem embaraços gastro-intestinaes, indigestão, que ás vezes despertam lesões antigas (lesões appendiculares), originam dilatação

do estomago e subsequentemente atonia, etc. Eis porque aconselhamos serem evitadas tão nocivas praticas.

Condemnamos tambem os alimentos decompostos, porque são vectores de toxinas.

Da sua perfeita mastigação depende immensamente a regularidade da digestão. Os alimentos, em geral, para tornarem-se accessiveis á acção providencial dos succos digestivos, necessitam estar bem triturados: é condição primordial. Quando se dá o contrario, manifestam-se perturbações compromettedoras não só do bom funcionamento do tubo digestivo, como tambem sacrificam gravemente a saúde.

Devemos sempre effectuar a mais completa mastigação. Aos individuos em que faltam dentes naturaes, TREVES recommenda o uso de dentaduras artificiaes, como meio de prevenir as appendicites. Não merecem confiança tambem as refeições feitas ás pressas.

Por vezes se tem encontrado no canal appendicular, caroços de fructos e corpos estranhos outros, os quaes não devem ser ingeridos, ou melhor, precisamos evitar, constantemente, a sua ingestão.

A cavidade buccal encerra não somente nos individuos atacados, como nos convalescentes de molestias infecciosas, mas ainda — no proprio estado normal, grande quantidade de micro-organismos, dos quaes muitos não parecem ter acção prejudicial, porém outros são pathógenos. Os saprophytas não raramente adquirem virulencia, contribuindo, provavelmente por causa dos seus productos de fermentação, para a intoxicação do organismo. Podem estes se associar a microbios pathógenos, produzindo infecções polymicrobianas (haja em vista a estomatite que quasi sempre é de origem polymicrobiana).

O bacillo de LŒFFER persiste na bocca por muito tempo, mesmo depois do ataque diphterico. Quasi todos os germes pathógenos têm sido encontrados na cavidade buccal, sendo os mais communs o estreptococo e o pneumococo. (NETTER)

Taes apreciações fazem resaltar a utilidade de, constantemente, ser mantido o mais rigoroso asseio dos dentes e da cavidade buccal.

Quando existirem dentes cariados, devem ser os mesmos immediatamente obturados e sendo impossivel a obturação, serão extrahidos. Não convém consentir ficarem nos espaços interdentarios detrictos de alimentos.

Quando fôrem verificadas infecções dos annexos do utero, principalmente salpingite do lado direito, é preciso sejam utilisadas medidas que visem evitar a infecção do appendice vermicular. Logo que se faça indicada, será, sem perda de tempo, feita a intervenção cirurgica, não querendo isto dizer de fórma alguma, que se façam operações inopportunas. Nem de leve se queira tirar tal conclusão.

Tem sido observada a existencia da appendicite com as epidemias de grippe. São tambem registados casos de appendicite na convalescença de muitas molestias infecciosas, e dentre ellas são destacadas: diphteria, pneumonia, furunculose, febres eruptivas, etc.

Não só durante a convalescença das molestias infecciosas a que acima nos referimos, como durante as suas phases agudas, devem ser empregadas todas as medidas preventivas contra as infecções intestinaes. Os pacientes, além de cuidados outros, procurarão manter toda a regularidade do intestino, ora submettendo-se a medicações purgativas, ora sujeitando-se a lavagens intestinaes. Estas lavagens devem ser feitas com muita cautela e prudencia, merecendo toda attenção na escolha e quantidade das substancias antisepticas empregadas. As alludidas lavagens são usadas sómente quando não acarretarem inconvenientes.

Como purgativo, é muito empregado o calomelanos.

Um importante medico francez manda que os seus clientes façam o uso interno de acido chlorydrico, em vista da propriedade, que tem este medicamento, de impedir as fermentações que se passam no intestino.

As pessôas que tiverem appendicite e tratarem-se exclusivamente pelos meios medicos, quando não existir contra-indicação operatoria de ordem individual, têm a necessidade de se sujeitar á intervenção cirurgica, praticando-se então a appendicectomia, para evitar assim as perigorosas reincidencias do mal: *appendicites de repetição.*

Sirva-nos a occasião para nos manifestar contra a pratica de, a rotulo de medida prophylatica, se fazer a ablação da appendice cæcal em o seu perfeito estado de sanidade.

Fala em nosso favor a affirmação, (segundo as importantes experimentações effectuadas em animaes inferiores e por W. MACEWEN confirmadas no homem) que nos ultimos actos da digestão intestinal, o cæcum e o seu appendice desempenham benéfico e valioso papel.

Digna de apreciação é tambem a questão de herança.

TALLAMON suppõe que as *appendicites familiares* são oriundas de ũa malformação, «um vicio de desenvolvimento do appendice» que se transmitte por hereditariedade, favorecendo a producção de phenomenos pathologicos, sendo possivel que certos appendices, de um comprimento anormal (uns demasiadamente grandes, outros curtos, porém volumosos), com um orificio cæcal muito largo, estejam mais expostos a infecções vindas do cæcum.

Está evidente que, em se tratando de semelhantes casos, pelo menos actualmente, nada podemos indicar sob o ponto de vista preventivo.

Os arthriticos são particularmente predispostos á appendicite; procurar-se-á combater tal predisposição, estabelecendo alimentação restricta, com predominancia do regime vegetariano, exercicios physicos, devendo ser tambem diminuido ou mesmo supresso o uso da carne.

A alimentação carnea introduz no organismo toxinas e favorece as fermentações intestinaes. Nos paizes em que a alimentação

é quasi exclusivamente vegetal, como na China e no Japão, a appendicite é quasi desconhecida. (GASTON LYON).

Os grandes comedores, em geral, fazem pouco exercicios, o que concorre para os seus futuros males, donde a indicação de passeios e exercicios outros.

A acção do frio é causa occasional da appendicite. O uso do gelo pode fazer com que seja despertada a molestia appendicular, pois como provam as experiencias de ROSSBACH, a acção do frio augmenta os movimentos intestinaes.

Aproveitamos a opportunidade para condemnar o abuso do gelo.

Não só a pratica de ser posto o gelo dentro dos copos de bebidas (o que é um perigo, sendo preferivel collocar as garrafas ou reservatorios em geleiras), como o habito de serem ingeridos pedaços de gelo, são dignos das mais justificaveis censuras.

Os traumatismos, podendo fazer explodir novamente uma lesão antiga ou latente do appendice cæcal, sendo tambem capaz de occasionar encurvamento, torsão do referido orgão, convem ser evitados, especialmente pelos individuos que tiverem appendicite e não soffrerem operação. Pela mesma razão, julgamos perigosos os saltos, os esforços violentos, as marchas forçadas, etc.

* * *

Si bem que acreditemos na possibilidade de verdadeiros casos de appendicite serem registados a titulos outros, pensamos, todavia, que a sua frequencia não é grande na Bahia. É possivel que, mais tarde, se verifique muitos casos diagnosticados indigestões, typhlites, affecções dos orgãos annexos ao utero, etc., sejam puramente de appendicite.

Talvez aconteça o que succedeu na Inglaterra, isto é, serem diminuidos os casos rotulados—peritonites—e augmentados os de appendicite.

Muitissimas são as molestias que podem ser confundidas com a appendicite.

Apenas citaremos as principaes: colica hepatica, colica nephritica, colica saturnina, crises enteralgicas das creanças, crises agudas de entero-colite, febre typhica, dysenteria, oclusão intestinal, peritonite tuberculosa, hematocele, cholecystite aguda, tabes, hernias simples e dolorosas, pneumonia (pontada), hysteria, acumulo de materias estercoraes no cæcum, invaginação ileo-cæcal, abcesso profundo da fossa iliaca devido a osteomyelite, coxalgia, tumores do cæcum, cancer primitivo do appendice, rim movel, inflammação do testiculo em ectopïa, estrangulamento renal, crises intermittentes de hydronephrose, hematoma traumatico do abdomem, kysto torcido do ovario, salpingite, annexites, etc. (M. AUVRAY).

* * *

Feito o diagnostico seguro, confirmado pelo exame do sangue, a curva demonstrando a existencia de hyperleucocytose, as condições do doente não sendo desfavoraveis, collocamo-nos ao lado dos intervencionistas *a quente*, sendo a operação feita dentro das primeiras 36 horas.

FELIZ LEJARS assim se exprime: *Sous la reserve que le diagnostic soit bien établi, et que les conditions «exterieures» s'y prêtent, il sera tout indiqué d'agir immediatement, et c'est au cours de ces premières vingt-quatre ou trente-six heures que l'operation systematique est tout rationnelle: elle sera bénigne, em génerale (et les statistiques le prouvent) simple, radicale, l'appendice encor libre ou peu près, étant facile à decouvrir et à inciser; elle previendra toutes les mauvaises chances d'une évolution toujours inconnue.*

Um dos pontos em que se baseiam os partidarios da inter-

venção *a frio* é a crença de que a operação *a quente* destróe as adherencias formadas pelo peritoneo, deixando desta maneira a infecção generalizar-se, quer dizer—as adherencias exercem um papel de protecção, porque localisa o processo pathologico.

Isto não acontece quando agimos nas primeiras horas, pois as adherencias só se formam depois da 36.ª hora, conforme demonstrou um sabio cirurgião de Sourp-Agop (Constantinopla) o DR. V. MAHAR.

Dizem mais os partidarios da intervenção *a frio:* operam-se muitos casos que se curariam independentemente de operação.

Mesmo isto admittindo, é o caso de se allegar que são salvos muitos appendiciticos que morreriam si fossem esperar pela operação *a frio.* Não possuimos dados seguros que nos garantam poder o organismo resistir á toxi-infecção.

Diante de tal situação julgamos bôa a orientação de ser praticada a operação *a quente* que, quando opportunamente indicada, tem a dupla vantagem de livrar o organismo da acção, talvez fatal, do fóco toxi-infeccioso e ao mesmo tempo o livrará das possiveis reincidencias—*appendicites de repetição.*

Si é menor o numero de mortes nas operações *a frio* é porque nas suas estatisticas figuram somente casos em que foram executadas as operações quando não mais existia molestia.

Conhecemos os argumentos poderosos, o ardor e brilhantismo com que desde 1896, DIEULAFOY aconselha a operação *a quente.*

Está claro, DIEULAFOY assim fazendo, recommenda tambem todo cuidado para que não sejam realizadas operações inopportunas.

São bellissimos os resultados das estatisticas favoraveis á operação *a quente;* nellas encontram-se as preciosas observações de BILLOT, ROBERT, F. WEIR, SPRENGEL, TEMOIN, GIORDANO, PAUCHET, LEGUEU, GOSSET, MARION, CARL BECK, DEAVER, ROSS, A. C. BERNAYS, TUFFIER, MURPHY, OSCHSNER, MAYO ROBSON, etc.

Nos 30.° e 31.° Congressos dos Cirurgiões Allemães, o Professor SPRENGEL provou a superioridade da operação precoce e suas idéas foram enthusiasticamente apoiadas pelo notavel Professor REHN.

Em o 39.° Congresso da Sociedade Allemã de Cirurgia, realizado em Abril do corrente anno, manifestaram-se favoravelmente á operação *a quente* os muito competentes scientistas KUMMELL, SONNENBURG, TH. KOCHER, KUTTNER, GUNKEL, SPRENGEL e alguns outros.

No mesmo Congresso ficou assentado que a mortalidade nas operações *a quente*, de 8 % que era em 1904, acha-se reduzida a 0.7 %.

* * *

Antes de encerrar este capitulo, convém declarar que os alimentos brandos artificiaes que o DR. HARRY CAMPBELL recommenda para as creanças, por não poderem ellas mastigar, não têm dado resultados apreciaveis (TYSON).

Elucidadas as causas da appendicite, conhecida a sua pathogenia especial, de accordo com as condições do momento e do meio, a propria intelligencia, muitas vezes mostra quaes são as medidas prophylaticas que podem ser postas em pratica, destacando-se sempre e muito especialmente a poderosissima influencia da hygiene alimentar.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O appendice cæcal, tambem denominado appendice vermicular porque assemelha-se a uma lombriga, apenso ao cæcum, tem a forma de um pequeno tubo cylindrico, tubo que ás mais das vezes é flexuoso.

II

Implantado na parte inferior do cæcum, a três centimetros abaixo da valvula de BAUHIN ou valvula ileo-cæcal, o appendice vermicular se acha situado no ponto em que se cruzam as fitas musculares do cæcum.

III

Quanto á direcção, o appendice cæcal pode ser ascendente, descendente, externo ou interno.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A parede abdominal tem a forma de um losango e para estabelecer os seus limites, tomamos como pontos de reparo—superiormente, o appendice xiphoide; inferiormente, o pubis; lateralmente, as orlas costaes e as cristas iliacas.

II

A parede abdominal, lateralmente, indo de fóra para dentro, apresenta os seguintes planos: a pelle, a fascia superficialis, uma camada cellulosa cobrindo o grande obliquo, o musculo grande obliquo e sua aponevrose, musculo pequeno obliquo, o musculo transverso, a fascia transversalis e o peritoneo.

III

Na fossa iliaca direita o peritoneo, em geral, cobre o appendice vermicular que é provido de um pequeno *meso-appendice.*

HISTOLOGIA

I

O appendice cæcal possue as suas paredes extremamente expessas.

II

O avultado numero de foliculos fechados foi a causa de suppor-se que o appendice cæcal era uma grande placa de Peyer.

III

No appendice vermicular são encontradas as mesmas camadas existentes no cæcum, isto é, quatro tunicas concentricas que são: a tunica peritoneal ou serosa, a tunica musculosa, a tunica cellulosa ou submucosa e a tunica mucosa.

BACTERIOLOGIA

I

O colibacillo acha-se constantemente fazendo parte de uma rica flora bacteriana que existe no tubo digestivo do homem e de grande parte dos animaes.

II

Figura como causa primitiva da appendicite, a infecção da cavidade e das paredes do appendice cæcal, infecção, não raramente, produzida pelo bacillo de ESCHERICH, muitas vezes associado a microbios outros.

III

Nas formas fétidas e gangrenosas da appendicite, predomina a acção dos germes anaerobios.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Gangrena é a morte parcial seguida de putrefacção.

II

Sob o ponto de vista etiologico, a gangrena pode ser classificada em três classes: gangrena por desorganisação do elemento anatomico, gangrena por perturbação da irrigação sanguinea e gangrena por embaraço da innervação trophica.

III

As alterações da irrigação sanguinea podem dar logar a perturbações de ordem qualitativa ou de ordem quantitativa, originando assim — gangrena por dyscrasia e gangrena por ischemia.

PHYSIOLOGIA

I

O peristaltismo intestinal é um importante acto physio-mecanico da digestão e é representado pelos movimentos do intestino delgado.

II

Os movimentos intestinaes, chamados ainda movimentos vermiculares, nada mais são do que o resultado de contracções rythmicas das fibras musculares circulares e longitudinaes do intestino.

III

As contracções peristalticas do intestino são augmentadas sob a influencia do frio.

THERAPEUTICA

I

A victoria alcançada nestes ultimos tempos pela physiotherapia, faz-nos pensar que em um futuro proximo a therapeutica será quasi radicalmente reformada.

II

Como agente physiotherapico, a electricidade occupa merecidamente um dos logares mais valiosos, pois a electrotherapia vai dia a dia tornando-se uma das mais felizes conquistas da medicina hodierna.

III

Muitos agentes physiotherapicos possuem valor real no tratamento da renitencia estercoral.

HYGIENE

I

Evitar a molestia é uma das mais bellas e logicas concepções da Hygiene.

II

Posto que o individuo consiga salvar a vida, frequentemente o organismo não pode escapar dos estragos que lhe deixou a molestia.

III

A prophylaxia é o meio mais seguro de garantir a saúde.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

Em o seu grande numero, as molestias agudas ou chronicas, evoluindo de um modo latente, podem terminar pela morte subita.

II

A morte subita é a consequencia dos effeitos rapidos e imprevistos de uma causa interna.

III

A appendicite, susceptivel de produzir a cessação brusca da vida, pode occasionar a morte subita.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Diante de um caso que nos faça pensar em appendicite, devemos nos cercar de muito cuidado e do maior numero possivel de elementos que concorram para a segurança do diagnostico.

II

Obedecendo a diagnosticos falsos, têm sido feitas muitas operações inopportunas e intempestivas.

III

Quando houver necessidade de indicar uma appendicectomia, é indispensavel ter-se em vista o estado constitucional e os antecedentes pessoaes do paciente.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Toda vez que se praticar a resecção do appendice cæcal, é de regra evitar-se o ferimento dos vasos epigastricos.

II

No curso de uma appendicectomia a lesão dos vasos epigastricos difficulta a hemostase e as suturas.

III

Antes de reseccar o appendice vermicular, devemos realizar duas ligaduras especiaes—a ligadura do *meso-appendice* e a ligadura do proprio appendice.

CLINICA CIRURGICA

(1.ª Cadeira)

I

Por mais leves que sejam os symptomas iniciaes de uma appendicite, não possuimos elementos para a proposição de um prognostico favoravel.

II

Em acerto notam-se casos de inicio benigno e terminação fatal. Ao contrario, casos assustadores evoluem e se terminam optimamente.

III

Infere-se, dest'arte, que não dispomos de dados effectivos para ajuizar a marcha clinica de uma appendicite.

CLINICA CIRURGICA

(2.ª Cadeira)

I

Continúa ainda em interrogação a etiologia dos neoplasmas.

II

Os neoplasmas malignos possuem uma evolução rapida.

III

Registam-se observações em que o *cæcum do cæcum* tem sido a séde de neoplasias malignas.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A dothienenteria de BRETONNEAU é a consequencia da infecção pelo bacillo de EBERTH.

II

A perfuração do intestino e a peritonite são complicações que no curso da febre typhica surgem como annunciadoras de um prognostico assustador.

III

O *typhus abdominal* pode comprometter o appendice vermicular.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

O exame hematologico é um poderoso meio propedeutico com que contamos para a verificação do diagnostico precoce da appendicite.

II

A caracteristica hemoleucocytaria da appendicite é representada por uma hyperleucocytose acompanhada de polynucleose neutrophila.

III

Ainda que os dados clinicos nos forneçam esclarecimentos para o diagnostico de uma appendicite, o exame do sangue necessita ser feito, principalmente si o paciente tem de se submetter á operação *a quente*.

CLINICA MEDICA

(1.ª Cadeira)

I

Consoante ás auctorisadas opiniões de MONGOUR e FONTET, a lithiase intestinal é uma das interessantes manifestações da diathese gotosa.

II

Nos individuos portadores de lithiase intestinal é commum a renitencia estercoral.

III

A lithiase intestinal tem influencia directa no mecanismo etiologico da *appendicite calculosa*.

CLINICA MEDICA

(2.ª Cadeira)

I

Dentre as complicações que apparecem na appendicite, merece menção especial aquella que o Prof. DIEULAFOY denominou *vomito negro appendicular*.

II

O vomito negro appendicular é o vomito de sangue, verdadeira hematemese que pode dar lugar a uma perda de sangue de 200 e até 300 grammas.

III

As perdas de sangue repetem-se successivamente, podendo o paciente succumbir em plena hemorrhagia.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

Os vermes são metazoarios productores de serias alterações no organismo do homem e de muitos animaes.

II

Os cestodos, nematodos e trematodos são de alta importancia no estudo do zooparasistismo.

III

Os nematodos *ascaris lumbricoides*, *trichocephalus dispar* e *oxyuris vermicularis* têm sido responsabilisados pela *appendicite verminosa*.

PHARMACOLOGIA, MATERIA MEDICA E ARTE DE FORMULAR

I

A cascarina é de effeito efficaz no tratamento da renitencia estercoral chronica e é administrada quotidianamente em doses de dez a trinta centigrammas.

II

No tratamento da renitencia estercoral chronica o emprego da cascarina é prolongado durante dez dias mais ou menos.

III

A cascarina tem propriedades purgativas.

CHIMICA MEDICA

I

Segundo PRESCOTT, a cascara sagrada contém tanino, acidos oxalico e malico, amido, um oleo fixo e um oleo volatil.

II

Quatro corpos resinosos, de coloração variavel, são tambem encontrados na composição da cascara sagrada.

III

Finalmente, a cascara sagrada possue um corpo cristalisado — a cascarina, que se apresenta sob a forma de agulhas prismaticas e de um amarello alaranjado.

OBSTETRICIA

I

A renitencia estercoral é frequente durante os ultimos mezes da gravidez.

II

A renitencia estercoral e gravidica é particularmente explicada pela compressão que o féto exerce sobre o recto.

III

Deve-se á renitencia estercoral grande contribuição na génese das appendicites que se manifestam durante a gravidez.

CLINICA OBSTETRICIA E GYNECOLOGICA

I

Além da renitencia estercoral, invoca-se como causa da appendicite gravidica, a lithiase e as congestões que se passam na escavação pelvica.

II

A gravidez, não raramente, desperta as lesões appendiculares antigas.

III

A gravidez agrava o prognostico da appendicite.

CLINICA PEDIATRICA

I

Nas creanças, a appendicite costuma manifestar-se bruscamente e sem pródromos.

II

Muitas vezes a appendicite simula uma indigestão, sendo acompanhada de vomitos.

III

Os accidentes dolorosos fazem com que os doentinhos se immobilizem no leito.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

As ophtalmias purulentas, quasi sempre, são originadas por uma infecção bacteriana.

II

A mais commum é a ophtalmia gonnococica.

III

Na convalescença da diphteria não é rara a ophtalmia diphterica.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

Em alguns individuos a syphilis secundaria occasiona enteralgias.

II

As enteralgias persistem durante varias semanas e podem se localizar no cæcum ou no appendice vermicular.

III

As appendicalgias syphiliticas são capazes de dar logar a confusão de diagnostico com a appendicite.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A hysteria, de accordo com as idéas de F. RAYMOND, é uma grande psycho-nevrose autonoma. Pode ella simular quasi todas as molestias.

II

A hysteria pode pintar o quadro de uma verdadeira appendicite, originando o que se chama *pseudo-appendicite hysterica ou appendicite fantastica* de BRISSAUD.

III

Eliminar a hypothese de hysteria, deve ser um dos primeiros cuidados diante de um caso suspeito de appendicite.

QUESTIONARIO

Quem procura descortinar o porque dos conceitos medico-cirurgicos referentes á appendicite, certifica-se da existencia de multiplos problemas de difficil solução.

Si o investigador não possuir os poderosos elementos somente concedidos pela pratica da vida clinica, com esforço resolverá, talvez, algumas destas questões, mas, ao mesmo tempo notará o seu espirito hesitar. Surgem pontos duvidosos.

Semelhantes questões mereceram toda a nossa attenção, e eis porque, á guisa de *questionario*, organisámos os quesitos abaixo, pedindo aos competentes no assumpto a fineza de nos dar as suas opiniões.

Assim procedendo, acreditamos dar ao nosso trabalho, feição mais pratica e enriquecel-o com alguns documentos de valor real.

A tres illustrados professores da Faculdade de Medicina da Bahia, remettemos cartas contendo:

Primeiro quesito — Na Bahia é frequente a appendicite?

Segundo quesito — Acha V. Exa. rasoavel, a intervenção *a quente* ou *a frio?* Porque?

Terceiro quesito — Em praticando ũa laparotomia e nesta occasião sendo possivel, deve o cirurgião, a titulo de medida preventiva, fazer a appendicectomia, embora esteja perfeitamente são o appendice ileo-cæcal?

Quarto quesito — Produz-se embaraço para o lado de alguma funcção importante, devido á suppressão do appendice vermicular? Sabe V. Exa. de algum prejuiso originado pela falta do referido orgão?

Quinto quesito — Quaes as causas determinantes da appendicite? Seu modo de agir?

Sexto quesito — É verdadeira a existencia de causas predisponentes? Quaes são ellas? Seu valor?

Setimo quesito — Conhece V. Exa. meios de evitar a appendicite? Quaes são?

Pensamos ter reunido o que ha de mais importante concernente ao estudo geral da appendicite.

Tivemos a honra e o prazer de ser attendidos por dois dos distinctos professores, e é com a mais viva satisfação que publicamos as cartas que nos enviaram.

RECEBEMOS

RESPOSTA DO PROFESSOR JOÃO A. GARCEZ FRÓES

«Bahia, em 8 de Maio de 1910.

Exmo. Snr. Doutorando M. S. Vaz da Silveira

Sinceras saudações.

Agradecido ás gentilezas de sua estimada carta de 29 de Abril, corre-me o dever de dar resposta aos quesitos propostos, sentindo não poder fazel-o com a competencia dos grandes mestres no assumpto.

Relativamente ao *primeiro quesito*, não reputo frequente na Bahia a appendicite, cuja percentagem não me parece ir além de 5 %.

O *segundo quesito* exige as considerações que se seguem: Applaudo o raciocinio dos intervencionistas *a quente* e sem perda de tempo, logo após a confirmação do diagnostico clinico pelo exame hematologico, um e outro feitos precocemente, afim de não deixar passar a opportunidade curativa, intervindo a tempo de livrar o doente da infecção montante e evitar a intoxicação quasi parallela — as duas grandes causas da mortalidade dos appendiciticos.

Julgo indispensavel o exame hematologico, sob o ponto de vista da determinação da hyperleucocytose, como o meio mais prompto e precoce de pôr á margem as falsas appendicites, evitando intervenções inopportunas.

No tangente á intervenção *a frio*, reconheço-lhe o merito de prevenir possiveis reincidencias do mal, mas nenhum valor tem como processo

curativo do primeiro ataque, em que, quando triumpha, soccorre-se o organismo unicamente dos meios chamados medicos.

Intervir *a frio* é certamente fazer prophylaxia da appendicite de repetição, mas, além desta acção efficaz, vale ainda a intervenção *a quente* como um meio therapeutico activo quando opportuno; por isso é que, muito embora opiniões auctorisadas em contrario, ouso sustentar esse asserto, blindando-o, de parte a auctoridade de DIEULAFOY, com os nomes de competentes como KÜMMELL, LONNENBURG, KOCHER, KÜTTNER, GUNKEL, SPRENGEL e outros, accordes nesse opinar no recente 39.° CONGRESSO DA SOCIEDADE ALLEMÃ DE CIRURGIA, realizado em Berlim em Abril do anno corrente, onde se estabeleceu que a mortalidade das operações *a quente* se acha reduzida a 0.7 % de 8 % que era em 1904 (KÜMMELL).

Resposta ao terceiro quesito: — Penso que não, porque a inutilidade actualmente provavel do appendice ileo-cæcal pode bem ser oriunda da ignorancia de suas funcções, como succedeu outr'ora com o baço e a thyroide, reconhecidos hoje de tão benefica e importante influencia.

No tangente ao *quarto quesito* lembrarei a affirmação do Dr. W. TYSON, em suas concisas e precisas *Notes and thoughts from practice*, de que representam o cæcum e o appendice importante funcção nos ultimos estadios da digestão intestinal, conforme experimentações em animaes inferiores, confirmadas por W. MACEWEN em observações no homem.

Quanto ao *quinto quesito* são causas determinantes mais frequentes — ao lado da irritação e da inflammação do cæcum e do appendice por productos de uma alimentação excessiva, indigesta e mal digerida por insufficiente mastigação, a prisão de ventre habitual, a insufficiencia da valvula de GERLACH permittindo a penetração de corpos estranhos no canal appendicular (vermes como o trichocephalo dispar (METCHNIKOFF), pequenos caroços de fructos, etc.), emfim toda acção phlogogenica sobre o appendice, susceptivel de transformar certo tracto de seu canal em cavidade fechada, verdadeiro fóco toxi-infectuoso vinculado á virulencia exaltada do *bacillo-coli* e quejandos sob seu commando.

As principaes causas predisponentes de que tracta o *sexto quesito* a que respondo affirmativamente, podem resumir-se na preexistencia de uma appendicite tractada por meios medicos, na lithiase intestinal e appendicular, excesso de alimentação carnea, alimentos de conserva meio decompostos e vectores de toxinas, mastigação insufficiente, irregularidade do regimen alimentar e refeições precipitadas ou sob o influxo de forte preoccupação mental, deficiencia da digestão gastro-intestinal e talvez *miopragia* appendicular transmittida por herança.

Ao *setimo quesito* respondo *sim*, podendo resumir-se a prophylaxia da appendicite em evitar as causas predisponentes apontadas na resposta ao 6.° quesito e na intervenção cirurgica *a quente* e em tempo opportuno, visando simultaneamente supprimir o fóco toxi-infectuoso em acção e prevenir a superveniencia de appendicites de repetição.

Taes são as considerações syntheticas suggeridas pela estimada carta com que me distinguiu o collega, a quem almeja grande ventura no exercicio da medicina pratica

O collega attento e obrigado

Dr. João A. G. Fróes.»

RESPOSTA DO PROFESSOR BRAZ H. DO AMARAL

«Bahia, 14 de Junho de 1910

Ao Discipulo e Amigo Snr. Sotero Vaz

Saúde.

Em resposta a sua carta de 9 do corrente remetto as seguintes linhas nas quaes condensei o que penso sobre o assumpto da sua missiva.

Ao *primeiro quesito*—Não tenho noticia de grande numero de casos aqui, se bem que me pareça deverem ser appendicites certas affecções abdominaes que têm passado por typhlites, perturbações digestivas, etc., assim como algumas molestias apparentemente capituladas como sendo somente dos orgãos genito-urinarios internos da mulher.

Ao *segundo quesito* —Em igualdade de condições para o paciente prefiro *a quente*, por me parecer que assim é o caso menos sujeito a accidentes e mais seguro o resultado sob o ponto de vista prophylactico.

Ao *terceiro quesito*—Penso que não, porque partindo do principio que estabelece nada haver sido creado na natureza sem um fim util, não posso admittir que o orgão de que se trata não tenha uma funcção e porque não julgo que estejamos, sob o ponto de vista scientifico e moral, authorisados a cortar senão o que for prejudicial ao organismo.

Ao *quarto quesito* —Em parte se acha respondido pela opinião expendida no anterior.

Não conheço porém prejuiso, facto que aliás depende ainda de observações e estudos demorados.

Ao *quinto quesito*—As causas apontadas pelos que têm tratado do assumpto são conhecidas e algumas dellas provadas pelo que tem sido encontrado nos exames directos do orgão e muitas outras ainda não foram lembradas, variando conforme os paizes, dependentes das materias alimentares, etc.

Um author inglez de nota, o illustre TREVES, já disse com tanto espirito como bom senso que as dentaduras postiças constituem um dos melhores meios de prevenir appendicites.

Acho que o estudioso amigo prestaria um optimo contingente ao assumpto, dedicando uma parte do seu trabalho á averiguação do que pode concorrer a alimentação usada em nosso paiz, para as appendicites.

Ao *sexto quesito*—É claro que algumas existem, sendo porém pouco pratico especifical-as, por dependerem muito taes factos do individuo, das condições especiaes de sua existencia, de estados transitorios, de outras molestias, de malformações ou vicios de conformação, etc.

Ao *setimo quesito*—Penso que ainda não se pode responder com precisão, não se podendo porém deixar de insistir nos conselhos hygienicos que são dados para normalisar e manter normalisadas e em estado physiologico as funcções dos orgãos da economia.

Na resposta ao quesito 5.° expendi o que pensava sobre a influencia das alimentações usadas pelas populações de nosso paiz; nos casos em que se trata de repetições da molestia é obvio que a intelligencia do clinico fará muito melhor do que quaesquer conselhos theoricos formulados de modo geral, fora do que já disse a experiencia e do que revelou o estudo detalhado do caso.

Sem razão para mais, peço que considere como

Amigo attencioso

Braz do Amaral.»

Visando o conselho dado pelo Professor Braz do Amaral, a proposito do *quinto quesito*, dizemos ser de pratica muito difficil a «averiguação do que pode concorrer a alimentação usada em nosso paiz, para as appendicites».

A espinhosa tarefa exige muito tempo, criteriosas e minudentes informações, longas observações, recursos especiaes e mais ainda, constitue assumpto prodigo para um volumoso trabalho, não podendo portanto ser dissertado em um acanhado capitulo de these doutoral.

Devemos declarar que infelizmente não tornamos conhecida a opinião do Professor Pacheco Mendes, porque elle não respondeu a nossa carta de 2 de Maio de 1910, carta esta que lhe entregamos pessoalmente.

TABOA BIBLIOGRAPHICA

DOS TRATADOS E MONOGRAPHIAS

A Le Dentu et P. Delbet—Affections Chirurgicales d'Abdomen.
Bourget—Typhlite, Pérityphlite, Appendicite.
Duplay, Rochard, Demoulin—Manuel de Diagnostic Chirurgical.
E. Forgue—Précis de Pathologie Externe.
Felix Lejars—Traité de Chirurgie d'Urgence.
Froussard—Traitement de la Constipation.
G. Dieulafoy—Clinique Médicale de l'Hotel—Dieu de Paris.
Gaston Lyon—Clinique Therapeutique.
G. Dieulafoy—Pathologie Interne.
Hallopeau & Apert—Traité Elementaire de Pathologie Générale.
J. Grasset—Consultations Médicales.
J. Héricourt—Les Frontières de la Maladie.
L. Vibert—L'Appendicite. Sa Pathogenie.
Londe—Essais de Médecine Preventive.
Mahar—Traitement de l'Appendicite Aiguë.
M. Guibé—Chirurgie de l'Abdomen.
M. Auvray—Diagnostic de l'Appendicite.
Monod et Vanverts—L'Appendicite.
O. M. Lannelongue—Leçons de Clinique Chirurgicale.
P. Tillaux—Traité de Chirurgie Clinique.
Palasma de Champeaux—Guide Clinique de Therapeutique du Praticien.
P. Bar, A. Brindeau, J. Chamberland—La pratique de l'art des Accouchements.
Reclus, Kirmisson, Peyrot, Boully—Manuel de Pathologie Externe.
R. Tripier et J. Paviot—La peritonite sous-hepathique d'origine vesiculaire dans ses rapports avec la colique hepathique, la perityphlite, la crise appendiculaire.
W. J. Tyson—Notes and Thoughts from Pratice.

DOS JORNAES E REVISTAS

La Semaine Médicale

BRUMPT & MENETRIER — Appendicite vermineuse.

F. LEJARS — Les points douloureux appendiculaires.

G. SEELIG — Appendicite rapellant un calcul ureteral.

J. D. MALCOLM — De la gangrene de l'appendice vermiforme.

L. CHEINISSE — Les appendicites fantônes et les fauses appendicites.

NEUGEBAUER-MILNER — Cancer de l'appendice.

SOCIETÉ DE MÉDECINE INTERNE — Etiologie et Pathogenie de l'appendicite.

39 CONGRÉS DE LA SOCIETÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE — Traitement chirurgical de l'appendicite aiguë. Appendicite chez chien. A propos des éventrations après appendicectomie. Cancer de l'appendice.

WILLEMIN & CHAPONNIÈRE — Appendicite et epilepsie reflexe.

WILMS — Le cæcum mobile comme cause frequente de soi — disant appendicites chroniques.

WON HANSEMANN — Etiologie et pathogenie de l'appendicite.

La Presse Médicale

PAUL AUBOURG — Radiographies de l'appendice iléo-cæcal sur le vivant.

RED — Le point de Mac Burney et le point de Lanz dans l'appendicite.

WALTHER (P.r) L'appendicite au Congrés de Buda-Pesth.

La Quinzaine Therapeutique

COE — Appendicite et grossesse.

H. WELSCH — Prophylaxie et traitement de l'appendicite.

P. NAIVARIS — Un cas de Typhlocolite simulant l'appendicite.

P.r RECLUS — Conduit en presence d'une Appendicite.

Red—Accidentes post-operatoires dans l'appendicite et leur traitement.
Red —La cascarine en therapeutique.
Red —Traitement rationnel de la constipation.

Revue Therapeutique des Alcaloides

Dr. Fernel —L'appendicite de Gambetta.

Notes de Médicine Pratique

P.r Weill & Dr. Nové—Symptômes et prognostic de l'appendicite chez l'enfant.

Journal de Médicine e de Chirurgie Pratiques

Red —Les points douloureux dans le diagnostic de d'appendicite.

Journal des Praticiens

P.r Brindeau —L'appendicite dans ses rapports avec la puerperalité.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris

Legueu, Picque, Sieur, Potherat, Broca, Demolin, Walther — A propos de l'appendicite traumatique.

Diario de Noticias

G. Ennes —Appendicites.

VISTO.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 31 de Outubro de 1910.

O SECRETARIO

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES.

POST-SCRIPTUM

Ao terminar o nosso primeiro capitulo de dissertação, dissemos ser esperado para o Gabinete Radiologico de Clinica Propedeutica o necessario para a realização das radiographias ultra rapidas.

Assegurámos tambem que uma vez chegada a apparelhagem exigida o Prof. FRÓES procuraria, o mais cedo possivel, fazer radiographias do appendice cæcal.

Assim foi que, depois de já estar impressa a nossa these, poude o alludido Professor effectuar a radiographia do cliché annexo — FIG. N. 4.

Como se vê, o resultado é positivo, pois estão visiveis o colon ascendente, o cæcum e o appendice vermicular.

A alludida radiographia foi tirada no dia 28 de Setembro do corrente anno.

Eis a

OBSERVAÇÃO

F . . . alumno do 4.° anno medico. Prestou-se a tomar 20 grammas de carbonato de bismuto, para ser tentada a obtenção de uma radiographia do appendice cæcal. Ingeriu bismuto no dia 27, ás 8 horas da noite, e foi radiographado no dia seguinte, ás 11 horas da manhã.

De pé, posição frontal anterior; tempo de pose ou de exposição: 2 minutos; raio incidente collocado na direcção do cæcum, o que se obteve antes da radiographia com o exame radioscopico. Tubo de Müller, com o anticatodo resfriado.

Convém declarar que, apesar de ser recommendado o emprego de 5 milliampères, só nos foi possivel chegar até 2 milliampères.

Com muita satisfação registamos a radiographia do appendice vermicular pela primeira vez feita na Bahia e talvez a primeira realizada no Brazil.
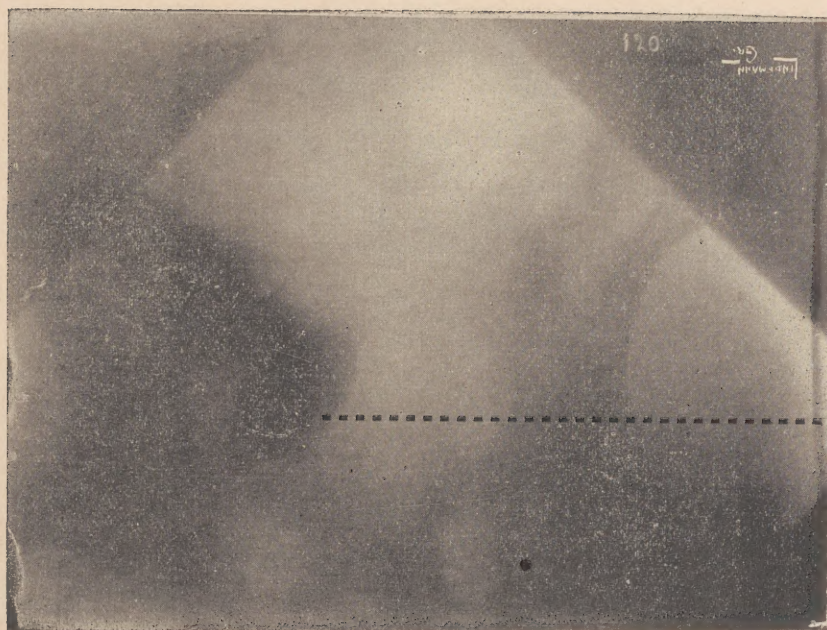
Fig. n. 4 — Radiographia do cæcum e do appendice vermicular. (Dr. Fróes).